

Journal für **Hypertonie**

Austrian Journal of Hypertension

Österreichische Zeitschrift für Hochdruckerkrankungen

Gelingende Kommunikation mit Hypertonikern // Successful communication with hypertensive patients

Prischl FC, Rebhandl E

Kronberger M, Koppelstätter C

Journal für Hypertonie - Austrian

Journal of Hypertension 2018; 22

(2), 29-34

Homepage:

www.kup.at/hypertonie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Offizielles Organ der
Österreichischen Gesellschaft für Hypertensiologie



Österreichische Gesellschaft für
Hypertensiologie
www.hochdruckliga.at

Indexed in EMBASE/Scopus

boso TM-2450

kleiner
leichter
leiser*



**BOSCH
+SOHN**

boso

Präzises ABDM – das neue 24-Stunden-Blutdruckmessgerät
Noch mehr Komfort für Ihre Patienten, noch mehr Leistungsfähigkeit für Sie.

- | Kommunikation mit allen gängigen Praxis-Systemen über GDT
- | Inklusive neuer intuitiver PC-Software profil-manager XD 6.0 für den optimalen Ablauf in Praxis und Klinik
- | Übersichtliche Darstellung aller ABDM-Daten inklusive Pulsdruck und MBPS (morgendlicher Blutdruckanstieg)
- | Gerät über eindeutige Patientenummer initialisierbar
- | Möglichkeit zur Anzeige von Fehlmessungen (Artefakten)
- | Hotline-Service

*im Vergleich mit dem Vorgängermodell boso TM-2430 PC 2



Ausführliche Informationen
erhalten Sie unter boso.at

boso TM-2450 | Medizinprodukt
BOSCH + SOHN GmbH & Co. KG
Handelskai 94-96 | 1200 Wien

Gelingende Kommunikation mit Hypertonikern

F. C. Prischl¹, E. Rebhandl², M. Kronberger³, C. Koppelstätter⁴

Kurzfassung: Arterielle Hypertonie gehört zu den häufigsten chronischen Erkrankungen weltweit. Sie ist gekennzeichnet durch erhöhte Blutdruckwerte, wobei für den Patienten spürbare klinische Symptome in vielen Fällen vollkommen fehlen. Dieses Phänomen erschwert oft eine lösungsorientierte Kommunikation mit Betroffenen. Es ist nicht einfach, als Behandler zu vermitteln, dass es sich bei erhöhtem Blutdruck um eine ernst zu nehmende Erkrankung mit hohem Risiko für Komplikationen handelt, vor allem wenn der Patient initial beschwerdefrei ist, sich aber nach Behandlungsbeginn mit einem Antihypertensivum möglicherweise spürbar schlechter fühlt.

Vor allem die Werteordnung der Betroffenen bestimmt, wie dramatisch oder auch gar nicht die Diagnose aufgenommen wird. Der Kommunikation zwischen Patientin/Patient und Ärztin/Arzt kommt daher große Bedeutung zu, ob die Botschaft „ankommt“, ob die individuell höchst relevanten – auch volkswirtschaftlich bedeutsamen – Informationen seitens des Arztes über Risiken, Therapiemöglichkeiten oder Prognose vom Empfänger verstanden, angenommen und akzeptiert werden. Selbst wenn dies alles zutrifft, heißt das noch nicht, dass die „akzeptierten“ Empfehlungen später beibehalten werden.

Gelingende Kommunikation muss daher die Grundregeln der Interaktion beachten, damit die Patienten „bei der Stange gehalten“ wer-

den, damit „compliance, acceptance und adherence“ gegeben sind. Beratungsgespräche auf Augenhöhe, ein „shared decision-making“ mit Beachtung der Einwände des Betroffenen sollten selbstverständlich sein. Neben Beachtung evidenzbasierter medizinisch-therapeutischer Empfehlungen und Behandlungsleitlinien kommt – je nach Patientenpersönlichkeit – einfachen oder komplexeren psychologischen Interventionen zunehmende Bedeutung zu.

In der vorliegenden Arbeit wird versucht, basale Grundregeln der Kommunikation darzustellen und eine „Checkliste“ zu präsentieren, um das Ziel eines gut eingestellten Blutdruckes gemeinsam mit dem Patienten zu erreichen. „Gelingend“ heißt, dauerhaft die Blutdruckwerte im Zielbereich zu halten durch Anwendung und Beibehaltung aller erforderlichen Therapiemaßnahmen.

Schlüsselwörter: Hypertonie, Patienten-Arzt-Kommunikation, Compliance, Adherence, Shared Decision-Making

Abstract: Successful communication with hypertensive patients. Arterial hypertension is one of the most common non-communicable chronic diseases worldwide. It is defined by long-standing elevation of blood pressure leading to comorbidities even though clinical symptoms may be missing completely. This fact

makes it difficult to motivate patients to start and hold on to a certain treatment.

The patient collects and evaluates the information he receives and decides whether he/she takes the consequences or not by following therapeutic recommendations. Therefore, the way how we communicate with the patient is of major importance and will strongly influence whether the information of the medical doctor will be realized, will be understood, and finally will be accepted. Even if all steps of acceptance of the recommendations will be taken effectively still the matter of adherence over the long-term cannot be guaranteed.

Compliance, acceptance and adherence can be achieved if basic rules of communication are met. Shared-decision-making may be appropriate to ensure cooperation in partnership. Besides medical guidelines also systemic psychological interventions may be helpful. This overview presents the basic rules of successful communication, presents a possible practical approach to a patient with hypertension and shows a check list on relevant items in this process to achieve blood pressure values in the recommended target range ideally at long sight. **J Hyperton 2018; 22 (2): 29–34.**

Keywords: Hypertension, patient-medical doctor-communication, compliance, adherence, shared decision-making

*In theory, theory and practice are the same,
in practice they are not**

■ Einleitung

Arterielle Hypertonie ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen weltweit mit zum Teil schwerwiegenden Folgen vor allem für das vaskuläre System. Viele Patienten weigern sich, diese Diagnose als Krankheit zu akzeptieren und stehen auf dem Standpunkt: Was man nicht merkt, kann für die Gesundheit nicht gefährlich sein.

Bluthochdruck kann in primäre und sekundäre Hypertonie eingeteilt werden, wobei letztere nur auf etwa 10 % aller Betroffenen zutrifft. Die sekundäre Hypertonie ist für Patienten scheinbar „reizvoll“, da eine primäre und damit potentiell behebbarere Ursache wie Schlafapnoe oder eine Schilddrüsensynd-

funktion vorliegen kann. Neben der klassischen sekundären Hypertonie kann auch eine metabolisch getriggerte sekundäre Hypertonie diskutiert werden, welche inzipient als primäre Hypertonie vorliegt, die durch ungesunden Lebensstil und exogene Stressfaktoren verfrüht ausgelöst werden kann. Die Risiken eines unbehandelten Bluthochdrucks sind über die letzten Jahrzehnte gut erforscht und eine Blutdruck-senkende Behandlung konnte als deutlich risikoreduzierender Faktor nachgewiesen werden.

Nicht immer einfach ist die Umsetzung einer antihypertensiven Therapie, insbesondere wenn die Betroffenen symptomlos sind und die Last einer Lebensstiländerung und/oder einer medikamentösen Behandlung fürchten. Im Folgenden sollen theoretische wie praktische Hinweise erörtert werden, wie die Kommunikation mit Hypertonikern im ärztlichen Alltag vielleicht gelingen kann.

■ Kommunikation, Compliance, Adherence – die Theorie

Wie schwierig es sein kann, Patienten von der Sinnhaftigkeit einer antihypertensiven Therapie zu überzeugen und sie „bei der Stange zu halten“, sie in der regelmäßigen Medikamenteneinnahme zu unterstützen, zeigt sich an der massivsten Ausprägung des Bluthochdrucks: der therapieresistenten und -refraktären Hypertonie [1]. Eine besondere Bedeutung in einer scheinbar aussichtslosen Situation kommt der Non-Adhärenz zu.

Eingelangt am 20.07.2018, angenommen nach Review am 31.08.2018

Aus dem ¹Bereich Nephrologie, Abteilung für Innere Medizin IV, Klinikum Wels-Grieskirchen, ²Hausarztmedizin plus – Dr. Peinbauer-Dr. Rebhandl-Dr. Zogholy, Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin, Haslach, ³„Psychologie im Zentrum“, Praxisgemeinschaft für Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie, Wien, ⁴Universitätsklinik für Innere Medizin IV, Nephrologie und Hypertensiologie, Innsbruck

Korrespondenzadresse: Univ.-Doz. Dr. Friedrich Prischl, 4. Interne Abteilung, Klinikum Wels-Grieskirchen, Grieskirchnerstraße 42, A-4600 Wels, E-mail: friedrich.prischl@klinikum-wegr.at

*Zitat nach Albert Einstein, Physiker, 1879-1955.

Non-Adhärenz bedeutet, dass die Betroffenen die einmal begonnene antihypertensive Therapie nach unterschiedlich langer Zeit entweder unterbrochen, nur unregelmäßig genommen oder selbständig abgesetzt haben. Mehrere Studien konnten unter Verwendung von Medikamentenspiegelmessungen in Blut- und Harnproben bei vielen Patienten die scheinbare Wirkungslosigkeit der Antihypertensiva als Non-Adhärenz entschlüsseln [2]. Nach der Zusammenstellung von Berra et al. zeigte eine Analyse von 9 Studien zu diesem Thema, dass eine unvollständige Non-Adhärenz im Bereich von 13 bis 46 %, die vollständige Non-Adhärenz, das heißt keines der empfohlenen Therapeutika wurde eingenommen, bei 2 bis 35 % vorliegt [2].

Mit Patienten reden – Kommunikation theoretisch

Die Kommunikation mit Betroffenen kann bei Diagnosemitteilung zu einer großen Bandbreite von Reaktionen führen: von größter Betroffenheit und gefühlter Bedrohung bis zu einem vollständigen „Nicht-Wahrhaben-wollen“.

Die Mitteilung, dass die Diagnose „Bluthochdruck“ gestellt und eine voraussichtlich lebenslange Therapie erforderlich ist, gehört kommunikationstheoretisch in den Bereich „Überbringen einer schlechten Nachricht“. Der Empfänger „dekodiert“, sagt die Psychologie, was so viel bedeutet, dass nicht unsere ärztliche Werteordnung von Belang ist, sondern was die Betroffenen darüber denken und vor allem fühlen. Jemand der bislang gesund war, sich bewusst oder unbewusst als „rundum gesund“, als „unverwundbar“ empfand, muss plötzlich damit leben, krank zu sein. Nicht von ungefähr bezeichnet man diese chronischen Krankheiten als „non-communicable diseases“ [3], es ist nicht einfach, darüber zu sprechen.

Selbstverständlich gibt es individuell große Unterschiede in der Perzeption, Akzeptanz und Verarbeitung unangenehmer Botschaften, aber prinzipiell ist es klug, sich als Arzt verschiedener Vorgänge bewusst zu sein. So bedeutet das „Überbringen einer schlechten Nachricht“, dass die bisherige (alte) Identität infrage gestellt wird. Fühlen Patienten sich von einer Diagnose sehr betroffen, so kann die Verarbeitung der Nachricht über Phasen von Schock, Nicht-Wahrhaben-wollen bzw. Hoffnung-auf-Irrtum, Aggression bis hin zu einer Depression führen. Letztlich muss die unangenehme Botschaft verarbeitet und eine neue Identität gefunden werden, was mit Prozessen einer „Trauerarbeit“ vergleichbar ist. Immerhin bedeutet es ja eine erforderliche Umstellung täglicher Gewohnheiten oder auch Verunsicherung hinsichtlich der eigenen Zukunftsperspektiven.

Zum anderen wird häufig ein mehr oder weniger völliges Negieren der Diagnose „Bluthochdruck“ beobachtet, zumal viele Hypertoniker nichts von ihrer Erkrankung spüren. Aus diesem Grund erleben sie diese auch nicht als Bedrohung, es gibt ja kaum Einschränkungen, die die Patienten wahrnehmen. Außer bei extremen Blutdruck-Auslenkungen verspüren sie weder Druck im Kopf, Kopfschmerz, Übelkeit, Brechreiz, noch Schwindel, Schwäche oder Kollapsgefühl. Umso schwieriger ist es, die mit unbehandelter Hypertonie verbundenen Risiken (die nicht Thema dieser Übersicht sind) verständlich und glaubhaft zu vermitteln. Es ist zu befürchten, dass kaum Bewusstsein entsteht, dass es sich um eine ernstzunehmende Erkrankung handelt. Wichtig ist, dass die Patienten erkennen,

dass sie sich mit der Tatsache auseinandersetzen müssen und die Diagnose bei ihnen „ankommt“. Nur dann kann ein Patient eine Hypertonie und deren Folgen in sein Leben richtig einordnen und sich an empfohlene Maßnahmen halten.

Besteht „Gefahr im Verzug“, wie das bei maligner Hypertonie oder einem hypertensiven Notfall der Fall sein kann, dann ist ein paternalistischer Zugang erforderlich, wo der Arzt entscheiden und handeln muss.

Ist dies nicht der Fall, dann muss vielleicht „Warten“ im Sinne von „Zeit geben“ für die Verarbeitung der neuen Diagnose der wesentliche erste Schritt sein. Genügt es bei einem Patienten, geduldig und in Ruhe auf Fragen zu warten, kann es bei anderen erforderlich werden, eine oder mehrere Nachfolgevisiten zu vereinbaren, bis die Beratung über die Einleitung therapeutischer Maßnahmen möglich wird. Ärzte sind nach Linus Geisler die Fachleute für Diagnosen, für medizinisches Wissen und wollen daher überwiegend darüber reden. Die Patienten aber sind Fachleute für ihr subjektives Krankheitserleben und wollen daher darüber sprechen [4]. Soll ein diagnostisch-therapeutisches Gespräch gelingen, müssen beide Aspekte Platz haben, die Arzt- wie die Betroffenen-Expertise.

Aus der Berücksichtigung des Expertentums der Patienten für ihr Krankheitserleben ist es bei fehlender Dringlichkeit ratsam, auf einen Prozess des „shared decision-making“ zu setzen und dem Patienten auf Augenhöhe Platz und Stimme zu geben.

Fakten und mögliche Irrtümer

„Wenn ich bei meinen monatlichen Besuchen bei Oma mit diesem praktischen kleinen Handgelenks-Messgerät meinen Blutdruck kontrolliere, das wird doch wohl genügen.“

„Ich kontrolliere meinen Blutdruck ohnedies zweimal am Tag, knapp bevor ich aus dem Hause zur Arbeit gehe und sofort nach der Arbeit, wenn ich zuhause angekommen bin.“

„Höhere Dosierungen müssen doch stärker sein als niedrige, also muss 80 mg Valsartan doch 8-mal so stark wirken wie 10 mg Ramipril.“

„Es muss doch die eine Tablette pro Tag für mich geben, damit mein Blutdruck eingestellt ist, der Arzt spricht aber von einer zweiten und stellt eine dritte Art von Tabletten in Aussicht. Bin ich denn ein Versuchskaninchen?“

„Bei einem Blutdruck von unter 140 bin ich nicht mehr ich selber, ich bin dann so antriebslos, müde, manchmal sogar schwindelig. Ein so niedriger Wert kann also nicht gut sein.“

Vieles, was Hausverstand und Logik suggerieren, folgt nicht unbedingt der Logik medizinischen Wissens. Auch wenn bislang nur in ausgewählten Zentren eine „Schulung für Patienten mit Hypertonie“ existiert, so muss man sich doch ärztlicherseits etwas Zeit nehmen, die allernotwendigsten Fakten zur Behandlung und Überwachung zu vermitteln. Dies beginnt mit der „korrekten Messung des Blutdrucks“ [5] und endet bei der Vermittlung der Tatsache, dass in großen Hypertonie-Studien im Durchschnitt etwa drei Antihypertensiva-Klassen erforderlich waren, um das Blutdruckziel zu erreichen [6–8]. Auch

die Blutdruck-Ziele sind zu besprechen, sowohl individuell als auch allgemein, welche Risiken mit welchen Werten korreliert sind. Selbstverständlich ist bei einem derartigen Gespräch darauf Rücksicht zu nehmen, wie es dem individuellen Patienten mit der Verarbeitung seiner Diagnose Hypertonie geht, ob bereits Bereitschaft besteht, sich mit umfassenderen Fakten von Diagnose und Therapie auseinanderzusetzen.

Mit Patienten reden – Wie könnte ein Gespräch konkret ablaufen

„Sie haben einen erhöhten Blutdruck. Das kann man heute sehr gut und sicher behandeln. Wissen Sie etwas über diese Erkrankung?“ Kommt ein „Ja“, immer mit einer offenen Frage wie „Was wissen Sie darüber?“ nachfragen, welches Wissen bereits vorhanden ist. Offene Fragen ermöglichen einen Dialog, der Patient wird dadurch zum Reden eingeladen. Geschlossene Fragen können zu Widerstand führen.

„Kennen Sie die mit dem hohen Blutdruck verbundenen Risiken?“ wäre so eine geschlossene Frage, sie lässt nur „Ja“ oder „Nein“ zu. Besser wäre: „Was wissen Sie über Risiken?“ oder „Welche Risiken kennen Sie?“ Kommt darauf eine verneinende Antwort, dann ist eine wertfreie wie angstfreie Sachinformation wesentlich: „Anhaltend hoher Blutdruck birgt das Risiko, ... Sie können etwas dagegen unternehmen ..., und wir unterstützen Sie dabei...“.

Je nach Reaktion des Betroffenen kann es notwendig sein, zuerst etwas Zeit zu lassen, damit die Neuigkeit, die Diagnose gewissermaßen „verdaut“ werden kann. Dann kann die Besprechung der mit Hypertonie verbundenen Risiken wie Schlaganfall, Herzinfarkt, Nierenschädigung, Veränderungen am Augenhintergrund usw. begonnen werden.

Im nächsten Schritt, welcher vielleicht auch erst bei einer nächsten, kurzfristig anberaumten Visite erfolgen kann, heißt es dann: „Der Bluthochdruck sollte unbedingt behandelt werden.“ Für diesen Abschnitt kann es vorteilhaft sein, eine Ja-Sage-Tendenz und damit innere Zustimmung zu erzeugen. Es wäre in dieser Phase günstig, zwei oder drei Fragen zu stellen, die den Patienten zum „Ja“ sagen animieren, z. B. aus dem privaten Bereich, allgemein zum Ist- und Jetzt-Zustand. Das Gespräch könnte wie folgt fortfahren: „Gut, dass Sie wieder gekommen sind! Gehe ich recht in der Annahme, dass das Thema Sie beschäftigt? Nehmen wir uns Ihres Blutdrucks an – sind Sie bereit, dass wir das gemeinsam angehen?“ Auf diese Frage kann der Patient fast nur mit „Ja“ antworten. Obwohl geschlossen, suggeriere ich dem Betroffenen, dass ich seine Zustimmung will.

Ist die Reaktion des Patienten dann doch eher ablehnend oder gar ein „Nein“, so stellt sich die Frage: „Was hindert Sie daran?“ Nun kommt es natürlich sehr darauf an, ob konkrete Angaben oder Argumente genannt werden oder ob das Nein vielleicht nur Ausdruck von Angst, Unsicherheit, negativen Gefühlen ist. Individuelles Eingehen auf die Bedenken ist gefragt. Auch hier helfen am ehesten offene Fragen weiter, die jede Antwort zulassen.

Wenn der Patient zustimmt, erfolgt die Besprechung der Maßnahmen in einer dem Patienten angepassten Sprache: „Sowohl Bewegung als auch Gewichtsabnahme haben deutlich Einfluss

auf den Blutdruck. Manchmal reichen diese Maßnahmen sogar aus, ihn erfolgreich zu behandeln.“ Nicht „regelmäßige Ausdauerbewegung“, sondern konkrete Empfehlungen wie Wandern, Radfahren, Schwimmen oder Nordic Walking kommen beim Patienten verständlicher an: „Sie können damit ihren Blutdruck um ca. 10 mmHg senken [9, 10]. Sie können durch Gewichtsabnahme von 4–5 kg ihren Blutdruck um etwa 4,5 mmHg [11] senken.“ Allerdings muss man sich bewusst sein, dass Zahlenangaben für Patienten weniger aussagekräftig sind, als dies für die Ärztin, den Arzt der Fall ist.

Weiter geht es vielleicht mit: „Was essen Sie gerne?“ Wieder heißt es warten, bis eine Antwort erfolgt ist. Erst dann kann weiter gefragt werden: „Können Sie sich vorstellen, Ihre Ernährung etwas umzustellen?“

Kommt eine eher ablehnende Antwort oder ein Nein, ist zu hinterfragen: „Was hindert Sie daran? Warum nicht?“

Signalisiert der Patient eher Zustimmung, so kann eine informative Aussage hilfreich sein: „Ernährung ist sehr vielfältig, Vieles ist möglich. Sie müssen nicht auf Ihre Vorlieben verzichten und können trotzdem ‚gesünder‘ essen. Damit das im Sinn Ihrer Gesundheit gelingt, würde ich gern eine Beratung bei einer sehr netten und hierin kompetenten Ernährungsberaterin/einem Ernährungsberater empfehlen. Optimal wäre, wenn Sie zu diesem Termin gemeinsam mit Ihrer Partnerin/Ihrem Partner kommen.“

Da dem Themenblock „Lebensstilmaßnahmen – Bewegung“ enorme Bedeutung hinsichtlich Risikosenkung zukommt, sollte ähnlich wie zur Ernährung auch die Bewegung aktiv angesprochen werden: „Welche und wie viel Bewegung machen Sie derzeit in der Freizeit? Haben Sie Freude daran?“ Kommt wieder ein Nein oder ein „Ungern, wenig Freude“, offen fragen: „Was hindert Sie daran?“ und folgend eine Lenkung auf Möglichkeiten im Alltag mit dem Fokus, diese ins Bewusstsein zu rücken und resultierend zu erfragen: „Können Sie sich vorstellen, etwas mehr davon zu machen?“ Wenn Bereitschaft zu Veränderung signalisiert wird, so kann erneut eine Zusatzfrage Sinn machen: „Wie können wir Sie unterstützen, dass Sie diese Änderungen umsetzen können? Wäre es möglich, dass wir heute/in absehbarer Zeit ein erstes Ziel festlegen/weitere Ziele festlegen, wie Sie Ihre Blutdrucksituation damit besser in den Griff bekommen?“

Zuletzt gehören natürlich im Rahmen der ‚Überlebensstil‘-Maßnahmen auch Rauchen und Alkoholkonsum angesprochen und entsprechende Unterstützung hinsichtlich Raucherentwöhnung bzw. Umgang mit Alkohol angeboten.

Es ist denkbar, dass die bis jetzt erörterten Punkte bereits ein Zuviel an Information, Vorhaben, Planungen bedeuten. Daher ist individuell darauf Rücksicht zu nehmen und das Gespräch vielleicht auf mehrere Visiten aufzuteilen. Damit in absehbarer Zeit dennoch alle wesentlichen Punkte mit den Betroffenen erörtert werden, kann ev. eine Checkliste nach dem Muster von Tabelle 1 (siehe Anhang) hilfreich sein.

Auch Stress und Belastung sowie der bessere Umgang damit sind anzusprechen: „Gibt es etwas, was Sie beruflich/privat sehr

belastet, Ihnen Stress verursacht?“ Es ist nicht selbstverständliches Allgemeinwissen unter Laien, dass die Sympathikusaktivierung und damit Aktivierung verschiedener Neurotransmitter auch auf den Blutdruck wirkt. Wieder ist darauf zu achten, dass man nicht die eigenen Maßstäbe anlegt, was eine Belastung ist, sondern („der Empfänger dekodiert“) dass man akzeptiert, was der Patient als eine über das Normale hinausgehende Belastung empfindet. Bedeutsam könnten sein: Arbeitslosigkeit, Einsamkeit, der ruppige Vorgesetzte, Nachbarschaftsprobleme, Probleme mit einem Kind, mit dem Partner usw. In solchen Situationen und bei entsprechender Empfänglichkeit für Beratung können klinische und Gesundheitspsychologen mit verschiedenen Interventionen wie Entspannungstechniken, Coping, Stärkung von Selbstbehauptung und Selbstwertgefühl hilfreich sein.

Je nach Risikosituation soll man all diesen nicht-medikamentösen Maßnahmen auch Raum bzw. Zeit geben. Es empfiehlt sich konkrete und messbare Ziele, z. B. einen Zeitraum von 3 (-6) Monaten, in kleinen Schritten erreichbar und ebenso konkrete weitere Visitermine mit dem Patienten verbindlich zu vereinbaren. Speziell bei chronischen Erkrankungen wie Hypertonie kann es für den längerfristigen Behandlungserfolg enorm wichtig sein, im Sinne eines „shared decision-making“ den Patienten als gleichwertig mitentscheidenden Partner zu begreifen und nicht apodiktisch etwas zu „verordnen“. Sind die Lebensstiländerungen allein doch nicht ausreichend oder besteht eine Risikosituation mit sofortiger Behandlungsnotwendigkeit, so ist die Medikation anzusprechen: *„Es ist auf Grund Ihrer Werte sehr wichtig, dass Ihre Hypertonie (auch) mit Medikamenten behandelt wird. Regelmäßig eine Tablette (zusätzlich) pro Tag ist dafür notwendig. Wann wäre es Ihnen am angenehmsten, diese zu nehmen?“*

Bei Verschreibung eines Medikamentes ist eine kurze Erklärung der Wirkung ratsam. Es soll darauf eingegangen werden, dass Nebenwirkungen möglich, wenngleich eher selten sind. In diesem Fall ist ein Wechsel des Medikamentes möglich. Weil einem Patienten mit erstmaliger Diagnose das überhaupt nicht klar sein muss, ist auf die regelmäßige Notwendigkeit der Einnahme hinzuweisen, auch wenn der Blutdruck im Zielbereich liegt. Es ist nicht selbstverständlich, dass es keine Heilung gibt, sondern „nur“ das Erreichen von Therapiezielen durch dauerhafte Behandlung möglich ist.

Zuletzt erfolgt die Erklärung der notwendigen Kontrollen. Dabei muss auch eine Erklärung der Selbstmessung stattfinden, wobei dazu Karten und Informationsmaterial verschiedener Anbieter mitgegeben werden können. Angesichts der dichten Informationen kann das höchst sinnvoll oder vielleicht sogar notwendig sein. Wiederum können individuell große Unterschiede in den Bedürfnissen des Einzelnen vorliegen.

Auch eine Vereinbarung telefonischer Kontrollen nach Therapiebeginn oder einer Therapieumstellung geben dem Patienten das Gefühl, nicht allein gelassen zu werden.

Als spürbares Zeichen der Wichtigkeit der Diagnose und deren Behandlung ist eine Diskussion der Messergebnisse bei jedem Kontakt erforderlich. Neben Analyse von Messwerten ist auch das Gespräch über das Wohlbefinden oder allfällige

unerwünschte Effekte bei jeder Kontrolle wichtig. Wie schon weiter oben ausgeführt, kann es zur Erreichung der Behandlungsziele sinnvoll sein, auch das „Medikament Arzt“ zur Anwendung zu bringen. Besonders in der Anfangszeit können häufiger vereinbarte Kontrollen und die damit verbundenen therapeutischen Gespräche rascher und besser den Blutdruck in den gewünschten Zielbereich bringen [12].

■ Beitrag der klinischen Psychologie und Gesundheitspsychologie in der Behandlung

Nicht nur die Umgangssprache zeigt den Zusammenhang zwischen Hypertonie und Stress („Es bringt uns etwas in Wallung oder das Blut zum Kochen, man steht unter hohem Druck“), auch Studien belegen den Zusammenhang deutlich.

Anhaltende Gefühle von Angst, Überforderung, ständig unterdrücktem Ärger oder Depression erzeugen einen seelischen Dauerdruck (Disstress), der die beiden Stressachsen (SAM-Achse: Sympathikus-Nebennierenmark-Achse; HPA-Achse: Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse) des Organismus aktiviert [13]. Eine übersteigerte Aktivität des Sympathikus ist bei Menschen mit Bluthochdruck auf diverse Weise nachweisbar – beispielsweise durch Messung der Herzfrequenz und bestimmter Botenstoffe wie Adrenalin und Noradrenalin. Erhöhtes Noradrenalin wird auch im zentralen Nervensystem gemessen, insbesondere die Regionen unterhalb der Großhirnrinde, die unter anderem für emotionale Reaktionen zuständig sind [14]. Personen, die verstärkt chronischem Stress am Arbeitsplatz ausgesetzt sind, weisen ein dreifach erhöhtes Hypertonie-Risiko und ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko für eine koronare Herzerkrankung auf [15].

Hier trägt die Psychologie über psychologische Interventionen (u.a. konkrete Verhaltensstrategien zur Initiierung und Aufrechterhaltung von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, Stressbewältigungstraining, kognitive Verhaltensstrategien, Entspannungstraining/Hypnotherapie, Unterstützung der Lebensstiländerung) entscheidend bei, Risikofaktoren von Herz-Kreislauferkrankungen sowie das erhöhte Risiko für psychische Komorbidität (Depression, Angststörung) zu reduzieren. So konnte in Therapiegruppen aus 23 randomisierten Studien durch eine Reduktion des psychosozialen Stress eine Reduktion des Bluthochdrucks, der Herzfrequenzraten und des Cholesterins nachgewiesen werden. Patienten ohne zusätzliche psychosoziale Therapie zeigten höhere Sterberate und Rezidiv-Raten für kardiovaskuläre Ereignisse innerhalb der ersten 2 Jahre des Follow-up [16].

Auch bei der erforderlichen Lebensstiländerung ist die Psychologie hilfreich mit ihren speziell auf die Persönlichkeit des Patienten abgestimmten Interventionen, wie bei Raucherentwöhnung, Aufrechterhaltung von Compliance und Umsetzung von Bewegung sowie Ernährungsänderungen. Als Beispiel sei genannt: 45 % aller Adipösen leiden an Bluthochdruck. Bezüglich Gewichtsreduktion zeigt sich in mehreren systematischen Analysen, dass sich psychologische Maßnahmen wie motivierende Gesprächsführung oder kognitive Interventionstechniken als wirksame Strategien zur Verbesserung der erzielten Gewichtsabnahme erweisen [17, 18].

■ Tipps der Psychologin zur Gesprächsführung

Die Kommunikation zwischen Patient und Arzt ist insbesondere bei der Behandlung einer chronischen Krankheit, die durch ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell charakterisiert ist, von zentraler Bedeutung [19]. Es ist in der Literatur gut belegt, dass gelungene Kommunikation zu mehr Adhärenz führt und diese stellt daher auch ein Kernthema bei der Behandlung von Hypertonie dar. Hypertonie ist neben einer medikamentösen Einstellung auch über Veränderung des Lebensstils beeinflussbar. Adhärenz bedeutet auch, dass der Patient in die Lage versetzt wird, den Rat des Arztes eigenständig und selbstbestimmt umzusetzen. Manchen Patienten sind Zahlen wichtig, sie definieren ihren Therapieerfolg über die vielen mitgebrachten Messergebnisse. Für andere wiederum ist vielleicht das Wohlbefinden die entscheidende „Größe“. Es ist ratsam, sich diesbezüglich einen Eindruck zu verschaffen, worauf ein Patient Wert legt.

Diese Art von Gesprächen unterscheidet sich qualitativ von der ärztlichen Beratung, da es viel Vertrauen und Motivation braucht, um sich auf eine Umstellung von Lebensstil und Gewohnheiten einzulassen. Daher werden wesentlich höhere Anforderungen an die kommunikativen Fähigkeiten des Arztes gestellt. Wichtige Elemente sind ein guter Kontakt und eine gute Beziehung zwischen Behandler und Patient.

Daneben kommt einer motivationalen Komponente große Bedeutung zu, da sich Betroffene mit einem leicht bis mäßig erhöhten Blutdruck nicht krank fühlen. Behandlungserfolge werden daher nicht unmittelbar wahrgenommen, vielmehr können mögliche Nebenwirkungen von blutdrucksenkenden Medikamenten (ev. Müdigkeit, Depressivität und Antriebslosigkeit) sogar einschränkend empfunden werden. Ebenso sind Erfolge von Lebensstiländerungen nicht messbar, auch sie liegen in der Zukunft, werden aber unmittelbar als Einbuße an Lebensqualität wahrgenommen. Um Folgeerkrankungen entgegenzuwirken, braucht es daher Willen zu Veränderung, der nur durch Einsicht erreicht werden kann. Es erfordert hohe Motivation, um den großen Aufwand der Veränderung auf sich zu nehmen.

Eine Gesprächsführung, die Patienten motiviert, berücksichtigt deren Sicht [20]. Patienten handeln primär sinnhaft und es gibt zumeist ausreichend Gründe, die für, aber auch gegen Änderungen sprechen. Diese gilt es zu erheben und auch wertzuschätzen, da jegliche Entscheidungsaspekte von Relevanz sind. Die Veränderung muss von den Patienten selbst ausgehen.

Offene Fragen laden ein, die eigene Sicht dazulegen, öffnen das Gespräch und der Fokus liegt damit beim Patienten. Einleitende Worte können sein:

„Wie“ (z. B. Wie haben Sie das wahrgenommen?),

„Wann“ (Wann fällt es besonders leicht/schwer?),

„Wo“ (Wo oder in welchen Aspekten wird das besonders deutlich?),

„Wer“ (Wer aus Familie/sozialem Umfeld würde eine Veränderung besonders positiv/negativ wahrnehmen?)

Wertschätzung des Gesagten unterstützen (z. B. „Es muss schwer für Sie sein, alte Gewohnheiten zu verändern, Bewegung / Ernährung im Alltag umzustellen. Wie gelingt es Ihnen? Was gelingt gut?“).

Besondere Gesprächstechniken werden dann erforderlich, falls zunehmend Widerstand der Patienten aufkeimt. Dann ist spezielles Wissen darüber und ein Lenken des Gespräches entsprechend den Bedürfnissen und der Persönlichkeit des Patienten erforderlich [21].

Im Fokus steht, kurzfristige und auch langfristige Ziele mit den Patienten zu erarbeiten, die sie selbst definieren, die sie erreichen können und auch erreichen wollen [21]. Veränderungen verlaufen in verschiedenen Stadien, die in regelmäßigen Abständen auf Augenhöhe begleitet werden. Auch kleine Erfolge sollen hervorgehoben und mögliche Misserfolge eingeordnet werden. Experte ist auch hier der Patient, bezogen auf sein Krankheitserleben [4]. Rückfälle sind zumeist vorprogrammiert und werden für positive Lernschritte genützt.

■ Zusammenfassung

Gelingende Kommunikation über chronische, oft kaum oder wenig körperlich spürbare Erkrankungen ist eine Herausforderung für jeden Behandler. Faktenwissen auf Patientenseite darf nicht vorausgesetzt werden und ist zumindest initial auch nur bedingt hilfreich für das Gespräch über Bluthochdruck. Nach Triage und Ausschluss, dass eine bedrohliche Blutdrucksituation vorliegt, kann eventuell beträchtlicher Zeitaufwand erforderlich sein, in einer offenen Atmosphäre, auf gleicher Augenhöhe und nach Prinzipien des „shared decision-making“ eine erfolgreiche Behandlung auf den Weg zu bringen.

■ Interessenkonflikte

Die Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Literatur:

- Wallbach M, Koziolk MJ. Therapie-resistente und -refraktäre Hypertonie. *Der Internist* 2018; 6: 567–78.
- Berra E, Azizi M, Capron A, et al. Evaluation of adherence should become an integral part of assessment of patients with apparently treatment-resistant hypertension. *Hypertension* 2016; 68: 297–306.
- World Health Organization (WHO). Non-communicable diseases. Published June 21, 2017. Accessible via: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (Accessed last: July 2, 2018).
- Geisler L. *Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch*. Peter Hoffmann Pharma Verlag, Frankfurt, 3. Aufl. 1992.
- Watschinger B, Auer J, Drexel H; Eber B, et al. Klassifikation, Diagnostik und Therapie der arteriellen Hypertonie 2013: Empfehlungen der Österreichischen Gesellschaft für Hypertensiologie (ÖGH). *J Hypertonie* 2013; 17 (3): 99–108.
- Bakris GL, Williams M, Dworkin L, et al. Preserving renal function in adults with hypertension and diabetes: a consensus approach. National Kidney Foundation Hypertension and Diabetes Executive Committee's Working Group. *Am J Kidney Dis* 2000; 36: 646–61.
- Lewis EJ, Hunsicker LG, Clarke WR, et al. Renoprotective effect of the angiotensin-receptor antagonist irbesartan in patients with nephropathy due to type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2001; 345: 851–60.
- Cushman WC, Ford CE, Cutler JA, et al. Success and predictors of blood pressure control in diverse North American settings: the antihypertensive and lipid-lowering treatment to prevent heart attack trial (ALLHAT). *J Clin Hypertens* 2002; 4: 393–404.
- Dimeo F, Pagonas N, Seibert F, Arndt R, et al. Aerobic exercise reduces blood pressure in resistant hypertension. *Hypertension* 2012; 60: 653–8.
- Lemes IR, Turi-Lynch BC, Caverio-Redondo I, Linares SN, Monteiro HL. Aerobic training reduces blood pressure and waist circumference and increases HDL-c in metabolic syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Am Soc Hypertens* 2018; epub ahead of print June 18, 2018. doi: 10.1016/j.jash.2018.06.007.
- Semlitsch T, Jeitler K, Berghold A, Horvath K, et al. Long-term effects of weight-reducing diets in people with hypertension. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 3: CD008274.
- Turchin A, Goldberg SI, Shubina M, Einbinder JS, Conlin PR. Encounter frequency and blood pressure in hypertensive patients with diabetes mellitus. *Hypertension* 2010; 56: 68–74.
- Schubert Ch. *Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie*. Schattauer GmbH, 2. Aufl. 2015.
- Narkiewicz K. Das sympathische Nervensystem. *Druckpunkt – Zeitschrift*

für Prävention und Behandlung des Bluthochdrucks und seiner Folgen 2011; 1: 6–7.
 15. Schrader J. Stress. Druckpunkt – Zeitschrift für Prävention und Behandlung des Bluthochdrucks und seiner Folgen 2007; 2: 9
 16. Armstrong MJ, Mottershead TA, Ronksley PE, Sigal RJ, et al. Motivational interviewing to improve weight loss in

overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obes Rev* 2011; 12: 709–23.
 17. Shaw K, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Review* 2005; 2: CD003818.

18. Kopecky-Wenzel M et al. Überbringen schlechter Nachrichten – videogestützte Trainingseinheiten für Medizinstudenten. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 2009; 37: 139–44.
 19. Miller WR, Rollnick S. Motivierende Gesprächsführung. Lambertus, Freiburg, 3. Aufl. 2015.

20. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing. *Helping People Change*. Guilford, New York. 3rd ed. 2013.
 21. Körkel J, Veltrup C. Motivational interviewing: Eine Übersicht. *Suchttherapie* 2003; 4: 115–24.

Tabelle 1: Hypertonie-Beratung: Gesprächspunkte mit betroffenen Patientinnen/Patienten

Gesprächsinhalte	Erstmals angesprochen Datum/Häkchen	Ausreichend besprochen Datum/Häkchen
Diagnose Hypertonie		
Risiken durch Hypertonie		
Bereitschaft zur Behandlung		
– Gewichtsreduktion/-normalisierung		
– Ernährung		
– Professionelle Ernährungsberatung		
– Bewegung		
– Rauchen beenden		
– Alkoholkonsum einschränken		
– Umgang mit Stress/Belastungen		
– Beruflich		
– Privat		
– Professionelle Stressberatung		
Erste Ziele setzen/Vereinbarung treffen		
Beginn einer Therapie mit einem Medikament		
Selbstkontrolle: richtige Blutdruckmessung		
Ärztliche Kontrollen: wie oft, zu welchem Zweck		
Weitere Medikamente, zu welchem Zweck		
Weitere Kontrollen, zu welchem Zweck		
Weitere Ziele/Vereinbarungen treffen		
Mess- und Kontrollbefunde besprechen		

Die Liste ist als Vorschlag und Hilfe zu verstehen, sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Auch die Reihung der Punkte folgt keiner bestimmten Logik und ist individuell anzupassen. Weitere Punkte aus der eigenen Erfahrung der Ärztin/des Arztes können/sollen ergänzt werden. Kopieren der Tabelle zur praktischen Anwendung in der Ordination/Ambulanz ausdrücklich gestattet/erwünscht. Tabelle aus: Prischl F et al. Gelingende Kommunikation mit Hypertonikern. *J Hypertonie* 2018; 22 (2): 29–34.

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung kostenloses e-Journal-Abo](#)

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)